

Klinička psihologija 2 (2009), 1-2, 7-21

Izvorni znanstveni članak - UDK 159.942.3

ULOGA PERCIPIRANOG STRESA I STILOVA SUOČAVANJA U NASTANKU PRETPOROĐAJNE ANKSIOZNOSTI

Sandra Nakić

Klinika za ženske bolesti i porodništvo, KB Sestre milosrdnice
Vinogradska 29, 10000 Zagreb
nakic.sandra@gmail.com

Meri Tadinac

Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet u Zagrebu
I. Lučića 3, 10000 Zagreb
mtadinac@ffzg.hr

Radoslav Herman

Klinika za ženske bolesti i porodništvo, KB Sestre milosrdnice
Vinogradska 29, 10000 Zagreb

Sažetak

Prethodna istraživanja su pokazala da je pretporođajna anksioznost rizični faktor za razvoj afektivnih poremećaja nakon porođaja, a može imati utjecaja i na razvoj fetusa. Cilj ovog istraživanja bio je ispitati ulogu percipiranog stresa i stilova suočavanja u nastanku pretporođajne anksioznosti. Obuhvaćen je uzorak od 149 trudnica u posljednjem tromjesečju trudnoće koje su popunile Ljestvicu percipiranog stresa, revidirani Upitnik suočavanja sa stresom te Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti. Regresijska analiza je pokazala da su anksioznost kao osobina ličnosti, dob, komplikacije u trudnoći te razina percipiranog stresa značajni prediktori anksioznosti. S obzirom na povišen rizik za razvoj poslijeporođajne depresije kod anksioznih trudnica te moguć negativni utjecaj na dijete, naglašava se važnost adekvatnih intervencijskih postupaka u trudnoći.

Ključne riječi: pretporođajna anksioznost, percipirani stres, stilovi suočavanja, trudnoća

UVOD

Jedan od značajnih prediktora poslijeporođajne depresije je anksioznost tijekom trudnoće. Istraživanja pokazuju da anksioznost u trudnoći povećava rizik za višu poslijeporođajnu depresivnost neovisno o postojanju velikog depresivnog poremećaja za vrijeme trudnoće (Sutter-Dallay, Giaconne-Marcasche, Glatigny-Dallay i Verdoux, 2004; Austin, Tully i Parker, 2007) te da je anksiozni poremećaj u anamne-

zi veći rizični faktor nego sama depresija za razvoj bilo anksioznog bilo depresivnog poremećaja nakon porođaja (Matthey, Barnett, Howie i Kavanagh, 2003).

Primjerice, Heron, O'Connor, Evans, Golding i Glover (2004) su na uzorku od preko 8000 trudnica pokazali da su dvije trećine žena koje su za vrijeme trudnoće imale povišenu anksioznost bile anksioznije i nakon porođaja, te je bilo vjerojatnije da će razviti poslijeporođajnu depresiju. Grant, McMahon i Austin (2008) su utvrdili da žene koje su anksiozne u posljednjem tromjesečju trudnoće imaju pet puta veću vjerojatnost da će biti anksiozne i nekoliko mjeseci nakon poroda, kao i pet puta veću vjerojatnost da će biti depresivne nakon porođaja. Osim ovih pojedinačnih istraživanja i nekoliko meta-analiza je pokazalo da je anksioznost umjereno jak prediktor poslijeporođajne depresije (Beck, 2001; O'Hara i Swain, 1996).

Rezultati koji pokazuju da je pretporođajna anksioznost dobar prediktor poslijeporođajne depresije slažu se s rezultatima istraživanja u općoj populaciji, gdje je također utvrđeno da je anksioznost rizični faktor za razvoj depresije (Breslau, Schultz, i Peterson, 1995; Parker, Wilhelm i Asghari, 1997, Parker i sur., 1999). Osobe koje duži period doživljavaju anksiozne simptome s vremenom razviju osjećaj bespomoćnosti te se javlja sve veći broj depresivnih simptoma, koji konačno mogu prerasti u depresiju (Vulić-Prtorić, 2007).

Anksioznost u trudnoći je relativno čest poremećaj. Grant i sur. (2008) su na uzorku zdravih žena utvrdili da 21% žena u trećem tromjesečju trudnoće zadovoljava kriterije za barem jedan anksiozni poremećaj, dok su Andersson, Sundström-Poromaa, Wulff, Åström i Bixo (2006) utvrdili da od žena koje u trudnoći zadovoljavaju kriterije za bar jedan psihijatrijski poremećaj, jedna petina je onih s dijagnozom anksioznosti, te još jedna petina s komorbiditetom anksioznosti i depresije. Međutim, anksioznost u trudnoći nije rezervirana samo za žene, pa tako istraživanja pokazuju da je i kod budućih očeva razina anksioznosti i stresa povišena za vrijeme ženine trudnoće (Johnson i Baker, 2004).

Iako je pretporođajna anksioznost prediktor razvoja poslijeporođajne depresije, utvrđeno je da i anksioznost i depresija opadaju nakon porođaja, bilo da ih dijagnosticiramo pomoću intervjua prema kriterijima klasifikacijskog sustava DSM-IV (Andersson i sur., 2006) bilo pomoću skala samoprocjene (Radecki Breitkopf i sur., 2006; Ross, Gilbert Evans, Sellers i Romach, 2003; van Bussel, Spitz i Demyttenaere, 2009). Ipak, porast anksioznosti tijekom trudnoće može imati utjecaja, ne samo na kasniju prilagodbu majke, već i na prijevremeni porođaj (Glynn, Schetter, Hobel. i Sandman, 2008) te na razvoj djeteta, pa stoga takvo stanje treba shvatiti ozbiljno.

Istraživanja pokazuju da je majčino afektivno stanje u trudnoći povezano s intrauterinim stanjem djeteta. Kod fetusa trudnica koje su pod većim stresom uočena je veća motorička aktivnost te veća varijabilnost srčanog ritma (DiPietro, Hawkins, Hilton, Costigan i Pressman, 2002; DiPietro, Costigan i Gurewitsch, 2003). Nadalje, žene koje su u trudnoći bile anksioznije i depresivnije imaju novorođenčad teškog temperamenta (Austin, Hadzi-Pavlovic, Leader, Saint i Parker, 2005; Werner i sur., 2007), koja imaju negativnije reakcije na nove podražaje (Davis i sur., 2004).

Huizink, De Medina, Mulder, Visser i Buitelaar (2002) pokazali su da teškoće u ponašanju novorođenčeta ne ovise o razini majčina stresa u trudnoći, ali da novorođenčad žena koje su u trudnoći doživljavale višu razinu stresa i bile anksioznije imaju lošiju regulaciju pažnje u dobi od 3 i od 8 mjeseci.

Iako način na koji majčina fiziološka aktivnost izazvana emocijama utječe na fetus i njegov razvoj nije još u potpunosti poznat, nesumnjivo je da ima trenutni utjecaj na fetus, kao i dugoročni utjecaj na razvoj novorođenčeta. Upravo stoga je važno usmjeriti se na anksiozne simptome, kao i na ono što ih pojačava. Endler (1997) je postavio model prema kojem su stilovi suočavanja medijator između stresnih životnih događaja i anksioznosti, a različita istraživanja na populacijama ne-trudnica utvrdila su da su značajni prediktori anksioznosti negativni životni događaji u kombinaciji s kognitivnim izbjegavanjem kao vrstom suočavanja (Blalock i Joiner, 2000), odnosno percipirani stres i neadaptivne strategije suočavanja (Radat i sur., 2008). Gurung, Dunkel-Schetter, Collins, Rini i Hobel (2005) su, u longitudinalnom istraživanju anksioznosti kod trudnica, utvrdili da su značajni prediktori pretporođajne anksioznosti stresni životni događaji tijekom trudnoće te stavovi prema trudnoći, no u tom istraživanju nisu uzete u obzir strategije suočavanja.

Ross, Sellers, Gilbert Evans i Romach (2004) su, prema podacima prikupljenima na trudnicama u kasnoj trudnoći, postavili model prema kojem psihosocijalni stresori (poput slabe socijalne podrške, lošijih partnerskih odnosa, stresnih životnih događaja i slabih prihoda) izravno utječu na pretporođajnu razinu anksioznosti. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da anksioznost ima važan doprinos u razvoju depresivnosti, ali i to da tijekom trudnoće biološke varijable (i genetski i hormonalni faktori) mogu promijeniti osjetljivost na psihosocijalne stresore koji dovode do pojačanja i anksioznih i depresivnih simptoma. Međutim, iako su u ovaj model uključeni psihosocijalni stresori, nije obuhvaćena percepcija stresa već broj životnih događaja koji se trudnici dogodio, a prema kognitivnim modelima stresa poznato je da se stres ne može objektivno definirati, već da je ključni faktor koji određuje hoće li se stres javiti ili ne osobna percepcija situacije i procjena stupnja ugroženosti (Lazarus i Folkman, 2004).

Istraživanja pokazuju da suočavanje sa stresom može imati čak i snažniji utjecaj na mentalno zdravlje od percipiranog stresa (Lazarus i Folkman, 1984). Suočavanje se može definirati kao odgovor na stresnu situaciju koja pomaže uspostavljanju psihosocijalne prilagodbe, te su utvrđena dva osnovna načina suočavanja sa stresom, a to su suočavanje usmjereno na problem i suočavanje usmjereno na emocije (Lazarus i Folkman, 2004).

Nema mnogo istraživanja koja su ispitivala ulogu stresa i stilova suočavanja kod pretporođajne anksioznosti. Hamilton i Lobel (2008) su ispitivali različite strategije suočavanja specifične za period trudnoće i utvrdili da trudnice koriste različite strategije suočavanja sa stresom ovisno o periodu trudnoće: izbjegavanje se značajno smanjuje od početka trudnoće prema kraju, a povišena anksioznost kao crta ličnosti je, zajedno sa stresom specifičnim za trudnoću, značajan prediktor izbjegavanja.

Žene koje koriste izbjegavanje kao stil suočavanja imaju višu razinu emocionalnih smetnji nakon porođaja (Honey, Bennett i Morgan, 2003; Vedovvi, Kenny, Gibson, Bowen i Starte, 2001).

Besser i Priel (2003) su utvrdili da aktivno i emocionalno-izbjegavajuće strategije suočavanja nisu povezane s depresivnim simptomima u trudnoći, ali jesu povezane s depresivnim simptomima nakon porođaja. Moguće objašnjenje jest da neučinkovite strategije suočavanja trebaju vremena da bi se odrazile na depresivne simptome. Budući da je općenito utvrđeno da problemu usmjereno suočavanje značajno smanjuje, a izbjegavanje značajno povećava stupanj doživljenog stresa (Hudek-Knežević i sur., 1999), moguće je da trudnice koje imaju neadaptivne strategije suočavanja doživljavaju veći stres, koji s vremenom pojačava anksiozne simptome, koji pak kasnije mogu dovesti do depresije.

Istraživanja koja se bave ovom tematikom obično ispituju strategije suočavanja sa specifičnim stresom u trudnoći (poput pripremanja odjeće za bebu, savjetovanja s liječnikom o porođaju, planiranje i organiziranje pomoći oko djeteta i sl.) te mjere razinu stresa povezanog s nekim aspektima trudnoće (poput tjelesnih simptoma, medicinske brige i sl.), no pritom ne mjere opću razinu stresa. Iako se trudnoća i dolazak novog člana obitelji smatra jednim od većih životnih stresora (Holmes i Rahe, 1967), stres kod trudnice ne mora biti izazvan samo stresorima povezanim s trudnoćom, već i ostalim stresorima koje je teško sve obuhvatiti. Stoga je cilj ovog istraživanja bio ispitati ulogu općeg percipiranog stresa i stilova suočavanja u nastanku pretporođajne anksioznosti.

METODA

Sudionici

Sudionice su bile trudnice u posljednjem tromjesečju trudnoće koje prate trudnoću u Kliničkoj bolnici "Sestre milosrdnice" u Zagrebu, starije od 18 godina, koje nemaju psihopatoloških poremećaja u anamnezi. Trudnicama je bilo rečeno da se radi o ispitivanju prilagodbe na majčinstvo te je s istraživanjem bilo upoznato 195 žena, od čega su njih 24 (12,03%) odbile sudjelovati u istraživanju iz osobnih razloga. Od preostale 171 koje su pristale sudjelovati u istraživanju i potpisale informirani pristanak, njih 16 (9,4%) nije popunilo sve upitnike, a 6 (3,5%) ih je imalo psihopatoloških poremećaja u anamnezi (depresija ili anksiozni poremećaj). Stoga konačni uzorak čini 149 trudnica prosječne dobi 29,8 godina ($SD = 4,7$), prosječno u 35,3 tjednu trudnoće (raspon 26-38, $SD = 3,17$).

Mjerni instrumenti

Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti – STAI (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg i Jacobs, 2000) sastoji se od dvije odvojene ljestvice samoprocjene

dvaju odvojenih konstrukata anksioznosti: stanja i osobine ličnosti. Ljestvica anksioznosti kao stanja (STAI-S) ima 20 tvrdnji kojima se ispituje kako se osoba osjeća u *određenom trenutku*. Ljestvica anksioznosti kao osobine (STAI-O) također ima 20 tvrdnji, ali ih se procjenjuje s obzirom na to kako se osoba *općenito* osjeća.

S-ljestvica je namijenjena mjerenju prolaznih anksioznih stanja, tj. subjektivnih, svjesno opaženih osjećaja strepnje, napetosti i zabrinutosti, koji s vremenom mijenjaju svoj intenzitet. O-ljestvica mjeri razmjerno stabilne individualne razlike u sklonosti anksioznosti, tj. razlike među ljudima u sklonosti doživljavanju anksioznih stanja. Odgovara se na skali od 1 do 4, tako da rezultati na obje ljestvice mogu varirati od 20 do 80. Pouzdanost tipa unutarnje konzistencije Cronbach α za ljestvicu stanja anksioznosti u prijašnjim istraživanjima iznosi 0,91-0,95, a za ljestvicu crte anksioznosti 0,89-0,91 (Spielberger i sur., 2000). Pouzdanost na uzorku sudionica ovog istraživanja slična je prijašnjima, te iznosi $\alpha = 0,93$ za ljestvicu stanja anksioznosti i $\alpha = 0,90$ za ljestvicu crte anksioznosti. Grant i sur. (2008) su na uzorku australskih trudnica u zadnjem tromjesečju trudnoće pokazali da rezultat od 40 na obje ljestvice daje najveću točnost kao kritični rezultat za razlikovanje anksioznih od neanksioznih.

Ljestvica percipiranog stresa (Perceived Stress Scale - PSS; Cohen, Kamarek i Mermestein, 1983) mjeri stupanj u kojem osoba doživljava svoj život nepredvidljivim, nekontrolabilnim i preopterećujućim, što predstavlja tri osnovne komponente doživljaja stresa (Lazarus i Folkman, 1984). U ovom istraživanju je korištena adaptirana verzija ljestvice (Hudek-Knežević i sur., 1999) koja se sastoji od 10 čestica, a odgovori se boduju na ljestvici procjene od 0 do 4. Čestice su općenite prirode pa se mogu primijeniti na različite situacije i različite populacije. Hudek-Knežević i sur. (1999) su utvrdili jednofaktorsku strukturu, te pouzdanost tipa unutarnje konzistencije $\alpha = 0,88$, dok su Cohen i sur. (1983) utvrdili pouzdanost od 0,84 do 0,86. U ovom je istraživanju utvrđena nešto niža pouzdanost koja iznosi $\alpha = 0,79$.

Upitnik suočavanja sa stresom (Hudek-Knežević i Kardum, 1993) je adaptirana verzija upitnika *Coping Orientation to Problems Experienced (COPE)*, Carvera, Scheiera i Weintrauba (1989), koji ispituje načine suočavanja, misli i ponašanja osoba koje su pod stresom, a može se koristiti kao upitnik i dispozicijskog i situacijskog suočavanja. Čestice su zasićene trima generalnim faktorima suočavanja: na problem usmjereno suočavanje, na emocije usmjereno suočavanje i izbjegavanje. Sudionici na skali od 5 stupnjeva odgovaraju koliko se pojedina tvrdnja odnosi na njih. Rezultat na svakoj podljestvici je zbroj procjena čestica koje pripadaju toj podljestvici.

U ovom istraživanju korištena je skraćena verzija upitnika s 15 čestica (Hudek-Knežević, Krapić i Kardum, 2006) kao upitnik dispozicijskog suočavanja, pri čemu se podljestvica na problem usmjerenog suočavanja sastoji od 6 čestica, na emocije usmjerenog suočavanja od 3, te izbjegavanja od 6 čestica. U istraživanju Hudek-Knežević i sur. (2006) je korišten dispozicijski oblik upitnika i utvrđena pouzdanost tipa Cronbach α od 0,71; 0,72 i 0,63 redom za pojedine podljestvice. U ovom istraživanju utvrđeni su Cronbach α 0,76; 0,75 te 0,52. Pouzdanost prvih dviju ljestvica

je veća nego u prethodnim istraživanjima, a kako bi se povećala pouzdanost podljestvice izbjegavanja izbačena je posljednja čestica (*Nadam se Božjoj pomoći*), koja značajno smanjuje pouzdanost podljestvice. Kada se izuzme ova čestica, pouzdanost podljestvice se povećava na 0,63, što odgovara pouzdanosti dobivenoj u prethodnim istraživanjima (Hudek-Knežević i sur., 2006), no koja je i dalje relativno niska.

Upitnik općih podataka je sastavljen za potrebe ovog ispitivanja. Sastoji se od nekoliko dijelova: 1. demografski i socioekonomski faktori: dob, bračni status, stupanj obrazovanja (8 godina školovanja ili manje; 12 godina; više od 12 godina), radni status, materijalni status, broj djece); 2. povijest somatskih i psihijatrijskih bolesti; te 3. tijek trudnoće: komplikacije u trudnoći; planiranost trudnoće i željenost trudnoće (koju trudnica procjenjuje i za sebe i za partnera, na skali od 5 stupnjeva).

Postupak

Ispitivanje je obuhvatilo žene u posljednjem tromjesečju trudnoće. Prilikom upoznavanja trudnica s istraživanjem rečeno im je da je cilj istraživanja razumijevanje psihološkog statusa žena tijekom trudnoće te, u konačnici, pomoć ženama u prilagodbi na majčinstvo. Bilo je naglašeno da je sudjelovanje dragovoljno te da je zajamčena tajnost njihovih podataka. Sve sudionice potpisale su informirani pristanak na sudjelovanje u istraživanju.

Sudionice su samostalno ispunjavale upitnike u trudničkoj ambulanti uz nadzor ispitivača. Dobile su opću uputu za cijeli upitnik, kao i posebne upute za pojedine ljestvice.

REZULTATI

Deskriptivni podaci za primijenjene psihološke mjere prikazani su u Tablici 1. Kao što je iz tablice vidljivo, u skladu s kriterijima Granta i sur. (2008), prema

Tablica 1. Deskriptivni podaci psiholoških mjera

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	% pozitivnih*
PSS	23,42	5,73	10	39	
COPE – Na problem usmjereno suočavanje	3,69	0,60	2	5	
COPE – Na emocije usmjereno suočavanje	3,59	0,87	1	5	
COPE – Izbjegavanje	2,04	0,51	1	4	
STAI-S	37,60	10,74	20	74	37,6
STAI-O	36,21	7,94	20	58	27,5

* STAI rezultat >40

PSS – Ljestvica percipiranog stresa; COPE – Upitnik suočavanja sa stresom; STAI-S – Upitnik anksioznosti kao stanja; STAI-O – Upitnik anksioznosti kao osobine

kojima rezultat veći od 40 na ljestvicama anksioznosti znači povišenu anksioznost, 37,6% trudnica ima povišenu anksioznost kao stanje, a njih 27,5% povišenu anksioznost kao crtu.

Kako bismo odabrali adekvatne metode obrade rezultata, provjerili smo postoji li statistički značajno odstupanje distribucija rezultata korištenih varijabli od normalne distribucije. Budući da se pokazalo da se sve ispitivane varijable normalno distribuiraju, primijenjeni su parametrijski statistički postupci.

Provjera povezanosti sociodemografskih mjera s psihološkim konstruktima i zdravstveno/opstetričkim varijablama pokazala je da je jedino dob trudnice povezana pozitivno s na problem usmjerenim suočavanjem ($r = 0,19, p < 0,05$) te negativno s anksioznošću kao stanjem ($r = -0,24, p < 0,05$), što bi značilo da starije trudnice više koriste na problem usmjereno suočavanje te su manje anksiozne.

Da bismo provjerili povezanost između psiholoških varijabli i varijabli povezanih s trudnoćom, izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije prikazani u Tablici 2. Pokazalo se da što je planiranost i željenost trudnoće manja, a komplikacija u trudnoći više, to je veća razina percipiranog stresa. Slično tome, što je manja željenost trudnoće i više komplikacija u trudnoći, to je veća razina anksioznosti kao stanja. Što se tiče stilova suočavanja, izbjegavanje je negativno povezano sa željenošću trudnoće od strane partnera ($r = -0,19, p < 0,05$), a trudnice koje imaju neku kroničnu bolest manje koriste na problem usmjereno suočavanje.

Provjera značajnosti razlika između trudnica s obzirom na planiranost trudnoće pokazala je da one koje nisu planirale trudnoću (njih 40,3%) imaju značajno viši percipirani stres ($t = -2,03, df = 147, p < 0,05$)

Izračunavanjem korelacija među psihološkim varijablama (Tablica 3) pokazalo se da što je viša razina percipiranog stresa, to je manje na problem usmjereno suočavanje, a veće izbjegavanje, te veća anksioznost i kao crta i kao stanje. Nadalje, što je veće na problem usmjereno suočavanje, to je niža razina anksioznosti. Na problem i emocije usmjereno suočavanje su međusobno pozitivno povezani.

Tablica 2. Korelacije između psiholoških varijabli i varijabli povezanih s trudnoćom

	Prisutna kronična bolest	Komplikacije u trudnoći	Planiranost trudnoće	Željenost trudnoće (žena)	Željenost trudnoće (partner)
PSS	0,07	0,33**	-0,17*	-0,18*	-0,19*
COPE – Na problem usmjereno suočavanje	-0,16*	-0,08	0,06	0,01	-0,09
COPE – Na emocije usmjereno suočavanje	-0,15	0,07	-0,07	0,01	0,03
COPE – Izbjegavanje	-0,06	0,00	-0,11	-0,13	-0,19*
STAI-S	-0,04	0,25**	-0,11	-0,24**	-0,18*
STAI-O	0,06	0,14	-0,04	-0,14	-0,10

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

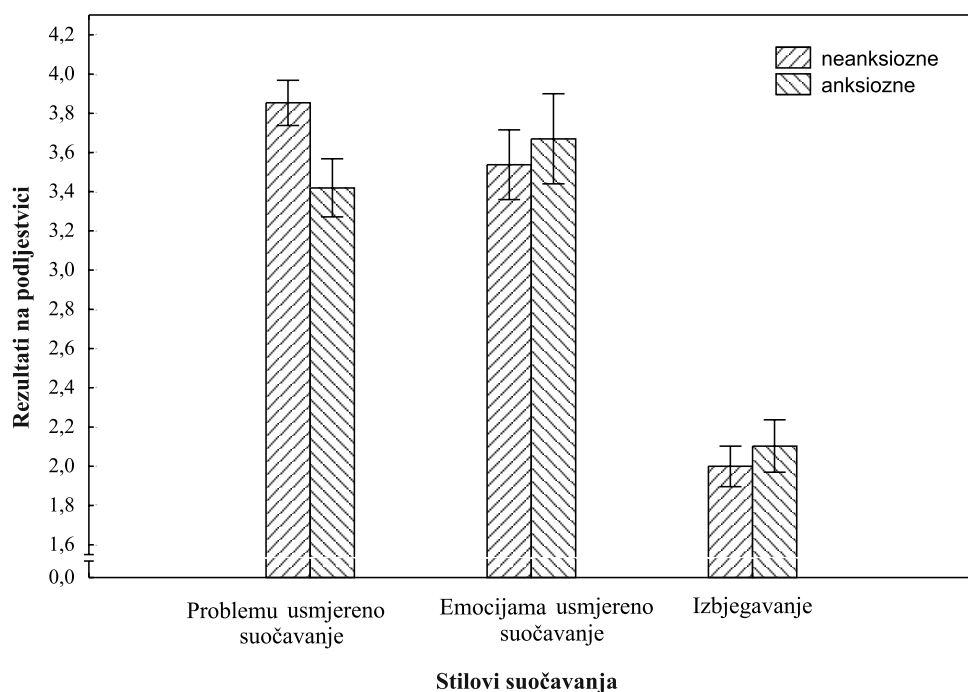
PSS – Ljestvica percipiranog stresa; COPE – Upitnik suočavanja sa stresom; STAI-S – Upitnik anksioznosti kao stanja; STAI-O – Upitnik anksioznosti kao osobine

Tablica 3. Korelacije između percipiranog stresa, strategija suočavanja i anksioznosti kao crte i kao stanja

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. PSS	-	-0,34**	0,06	0,19*	0,55**	0,65**
2. COPE – Na problem usmjereno suočavanje		-	0,21*	-0,13	-0,28*	-0,44**
3. COPE – Na emocije usmjereno suočavanje			-	0,09	0,02	0,02
4. COPE – Izbjegavanje				-	0,14	0,24**
5. STAI-S					-	0,66**
6. STAI-O						-

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Analizom varijance utvrđeno je da trudnice koriste različite stilove suočavanja u različitoj mjeri ($F_{(2,2)} = 288,84, p < 0,01$) te da postoji značajna interakcija stilova suočavanja i anksioznosti ($(F_{(2,2)} = 8,94, p < 0,01)$). Post-hoc analize pomoću t-testova pokazale su da trudnice općenito koriste izbjegavanje značajno rjeđe nego na problem usmjereno suočavanje ($t = 24,2, df = 148, p < 0,01$) te na emocije usmjereno



Slika 1. Stilovi suočavanja kod anksioznih i neanksioznih trudnica

Tablica 4. Rezultati hijerarhijske regresijske analize na Upitniku anksioznosti kao stanja s anksioznosti kao crtom, varijablama vezanim uz trudnoću, percipiranim stresom i stilovima suočavanja kao prediktorskim varijablama

Korak	Prediktori	Anksioznost kao stanje		
		β	R^2	ΔR^2
1. korak	STAI-O	0,53**		
	dob	-0,17**		
	komplikacije u trudnoći	0,16**	0,476**	
	planiranost trudnoće	0,01		
	željenost trudnoće (žena)	-0,17		
	željenost trudnoće (partner)	0,00		
2. korak	PSS	0,16*	0,492*	0,016*
F (7,140) = 4,49*				
3. korak	COPE Na problemu usmjereno suočavanje	0,01		
	COPE Na emocije usmjereno suočavanje	0,01	0,493	0,001
	COPE Izbjegavanje	-0,03		
	F (10,137) = 0,10			

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

suočavanje ($t = 19,06$, $df = 148$, $p < 0,01$). Dodatna provjera razlika u suočavanju s obzirom na anksioznost pokazala je da trudnice koje su anksiozne, značajno manje koriste na problem usmjereno suočavanje od onih koje postižu niske rezultate na ljestvici anksioznosti ($t = 4,57$, $df = 147$, $p < 0,01$). Ovi rezultati prikazani su na Slici 1.

Kako bi se dobio odgovor na postavljeni problem, provedena je hijerarhijska regresijska analiza (Tablica 4), pri čemu je kriterij bio anksioznost kao stanje, a kao prediktorske varijable su u prvom koraku uvrštene anksioznost kao osobina, dob i varijable vezane uz trudnoću (komplikacije, planiranost i željenost trudnoće). Od ovih varijabli, anksioznost kao osobina, dob i komplikacije u trudnoći zajedno objašnjavaju 47,6% varijance. U drugom koraku je uvršten stupanj percipiranog stresa, koji objašnjava samo još dodatnih 1,6% varijance kriterija, što je ipak značajno. U trećem, zadnjem koraku dodani su stilovi suočavanja, ali oni ne pridonose značajno objašnjenju anksioznosti kao stanja kod trudnica.

RASPRAVA

Mjere samoprocjene u ovom istraživanju pokazale su povišenu anksioznost kao stanje kod 56 trudnica (37,6%), te visoku anksioznost kao osobinu ličnosti kod 41 trudnice (27,5%). Ovi postoci, kao i aritmetičke sredine i standardne devijacije rezultata na upitnicima anksioznosti, vrlo su slični onima dobivenima u drugim istraživanjima o preporođajnoj anksioznosti (Grant, i sur., 2008). Razina anksioznosti kod trudnica je također slična razini anksioznosti u općoj populaciji (Spielberger

i sur., 2000), međutim, budući da su prethodna istraživanja pokazala kako je pretporodajna anksioznost značajan prediktor razvoja poslijeporodajne depresije (npr. Heron i sur., 2004, O'Hara i Swain, 1996), te da može imati utjecaj na razvoj fetusa (DiPietro i sur., 2002, DiPietro i sur., 2003), takvo stanje treba shvatiti ozbiljno, tim više što se ne radi o malom broju žena, već o svakoj trećoj trudnici iz uzorka.

Kako je razdoblje trudnoće obilježeno fiziološkim, socijalnim i emocionalnim promjenama, različitim medicinskim pitanjima, povećanim financijskim zahtjevima te roditeljskim brigama, ovaj period može biti posebno stresan, te se smatra jednim od stresnijih životnih događaja (Holmes i Rahe, 1967). Trudnoća traje oko 40 tjedana te predstavlja razdoblje s jasno određenim krajem – porođajem, pa stoga neki autori smatraju da je onda i trudnoća stresni životni događaj s jasno određenim krajem (Yali i Lobel, 2002). Međutim, takvo mišljenje nije u potpunosti opravdano budući da se period povećanih zahtjeva na ženu, ali i obitelj, nastavlja, posebno u prvim tjednima nakon porođaja.

Kako bi se trudnicama moglo pomoći da smanje doživljaj tjeskobe, te da se što bolje suočavaju s povećanim zahtjevima u osjetljivom razdoblju trudnoće, vrlo je važno znati koje su odrednice pretporodajne anksioznosti, te razlučiti koje od njih su podložne promjenama kako bi se različiti intervencijski programi usmjerili upravo na njih. Budući da modeli anksioznosti općenito (Endler, 1997) naglašavaju ulogu stresa i stilova suočavanja u razvoju anksioznosti, ovo se istraživanje usmjerilo upravo na te varijable kao moguće odrednice anksioznosti. Međutim, dobiveni su ponešto različiti rezultati u odnosu na prijašnje. Naime, hijerarhijskom regresijskom analizom utvrđeno je da su anksioznost kao osobina, dob i komplikacije u trudnoći značajni prediktori anksioznosti kao stanja, te objašnjavaju gotovo 50% varijance kriterija. Dakle, anksioznost kao stanje je viša kod trudnica koje imaju povišenu anksioznost kao osobinu, koje su mlađe, te koje imaju komplikacije u trudnoći. Također je i percipirani stres značajan prediktor anksioznosti kao stanja, međutim on objašnjava tek dodatnih 1,6% varijance. Ovakav niski doprinos percipiranog stresa moguće je objasniti time što je razina percipiranog stresa umjereno visoko povezana s anksioznošću kao osobinom ($r = 0,65, p < 0,05$). Iako se na temelju korelacija ne može zaključivati o uzročno-posljedičnim odnosima, ipak se može naslutiti da je vjerojatno anksioznost kao osobina ta koja dovodi do visokog doživljaja stresa, te stoga sama percepcija stresa ne objašnjava dodatno veći dio varijance anksioznosti kao stanja, jer je anksioznost kao osobina u osnovi i stanja anksioznosti i doživljaja stresa.

Anksioznost kao osobina predstavlja relativno stabilnu značajku ličnosti. Osobe koje imaju povišenu anksioznost kao osobinu, veliki broj podražaja opažaju kao prijeteće, pa doživljavaju veći stres, a također imaju tendenciju da na prijeteće podražaje reagiraju intenzivnijim anksioznim stanjem. Stanje anksioznosti, dakle, nastaje kao interakcija između osobine anksioznosti i neke prijeteće situacije. Ipak, anksioznost ne treba promatrati u potpuno negativnom svjetlu jer ona pobuđuje osobu, alarmira je da postoji nešto u okolini ili unutar nje same na što se treba usmjeriti,

neki problem koji treba riješiti. Prema tome, određena razina anksioznosti može biti funkcionalna jer motivira osobu na rješavanje problema. Trudnice često znaju biti tjeskobne i zabrinute oko zdravlja svojega djeteta, hoće li porođaj proći dobro i sl., što ih zapravo aktivira da se za taj veliki događaj pripreme na najbolji mogući način. Primjerice, mogu prikupljati sve relevantne informacije te se pridržavati potrebnih zdravstvenih naputaka kako bi osigurale sve za najbolji ishod – porođaj zdravog djeteta. Dakle, anksioznost može biti pozitivna kada je unutar određenih granica, no kada postane glavna preokupacija te počne osobu sputavati u smislenom i funkcionalnom djelovanju, treba je shvatiti i tretirati kao problem, zbog već navedenih posljedica koje anksioznost u trudnoći može imati.

Općenito je u ovom istraživanju utvrđeno da trudnice doživljavaju umjerenu razinu stresa te da razina percipiranog stresa ovisi o nekoliko faktora. Percipirani stres viši je kod žena koje procjenjuju da su trudnoću u tom trenutku manje željele i one same i njihovi partneri. Budući da je razina percipiranog stresa viša kod žena koje nisu planirale trudnoću te koje procjenjuju da imaju više komplikacija u trudnoći, moguće je da one svoju trenutnu situaciju doživljavaju manje kontrolabilnom i preopterećujućom, što pojačava doživljaj stresa. Ovo posebno vrijedi za žene koje procjenjuju da njihovi partneri trudnoću smatraju manje željenom, pa je moguće da im pružaju i manje podrške, iako se ovo posljednje ne može tvrditi sa sigurnošću budući da nije bilo ispitano u ovom istraživanju. Dakle, odnos prema trudnoći, poput toga je li žena planirala trudnoću te koliko je želi u tom trenutku, vrlo je važan, što je u skladu s nalazima Gurunga i sur. (2005), koji su utvrdili da je, uz stresne životne događaje, stav prema trudnoći značajan prediktor preporođajne anksioznosti.

Komplikacije u trudnoći te željenost trudnoće u ovom istraživanju su se pokazale povezanim s anksioznošću kao stanjem, ali ne i s anksioznošću kao crtom, što je neizravna potvrda da korišteni upitnik anksioznosti dobro razlučuje ove dvije dimenzije. Anksioznost kao stanje viša je kad su situacijske varijable nepovoljne, ali te iste varijable nisu povezane s dispozicijskom anksioznošću.

Iako je utvrđeno da je razina percipiranog stresa značajan prediktor stanja anksioznosti, te da je percipirani stres povezan s manjim suočavanjem usmjerenim na problem, i većim izbjegavanjem, strategije suočavanja u hijerarhijskoj regresijskoj analizi nisu se pokazale dodatnim prediktorima anksioznosti.

Dakle, na osnovi percipiranoga stresa donekle možemo predvidjeti hoće li trudnica biti anksiozna ili ne, no uloga strategija suočavanja nije se pokazala značajnom, što se samo djelomično slaže s prethodnim rezultatima dobivenim na populacijama nevezanim za trudnice (Blalock i Joiner, 2000, Radat i sur., 2008), gdje su uz razinu stresa, značajni prediktori anksioznosti bile i neadaptivne strategije suočavanja.

Od stilova suočavanja, međusobno su pozitivno povezani na problem i emocije usmjereno suočavanje, što se slaže s navodima iz literature (Bal-Tal i Spitzer, 1994) da na emocije usmjereno suočavanje pomaže osobi da se smiri te onda učinkovitije rješava vlastite probleme. Ranije se općenito u literaturi o stresu smatralo da je na problem usmjereno suočavanje jedino učinkovito suočavanje, međutim, unaprijed

se ne može ni za jednu strategiju suočavanja reći da je dobra ili loša, već to ovisi o samoj situaciji. Na problem usmjereno suočavanje odgovara nastojanjima da se promijeni ponašanje koje održava problem ili da se promijene okolinski uvjeti, dok na emocije usmjereno suočavanje odgovara nastojanjima da se smanji emocionalna uzemirenost i održi zadovoljavajuće unutarnje stanje (Lazarus i Folkman, 2004). Dakle, na emocije usmjereno suočavanje uspostavlja unutarnju ravnotežu i smanjuje napetost, čime se oslobađaju kapaciteti osobe za rješavanje problema.

Utvrđeno je da trudnice koriste različite stilove suočavanja u različitoj mjeri, odnosno izbjegavanje koriste značajno rjeđe nego na problem usmjereno suočavanje te na emocije usmjereno suočavanje. Slično je dobiveno i u drugim istraživanjima. Primjerice, Hamilton i Lobel (2008) također su utvrdili da je izbjegavanje rjeđe u odnosu na druge aktivne strategije suočavanja. Međutim, važno je uočiti da anksiozne trudnice manje koriste suočavanje usmjereno na problem u odnosu na neanksiozne trudnice, te bi upravo ovo moglo biti smjernica za osmišljavanje intervencijskih postupaka u kojima bi se žene moglo poučavati kako aktivnije pristupiti rješavanju problema.

Ovo istraživanje ima određenih ograničenja. Kao prvo, nije proveden klinički intervju s trudnicama da bi se prema kriterijima DSM-IV utvrdila dijagnoza anksioznosti, već je ona određena samo prema rezultatu na skali anksioznosti. Zbog toga bi postotak anksioznih trudnica u ovom istraživanju mogao biti precijenjen. Nadalje, procjena doživljenog stresa obuhvaćena je samo u jednoj točki mjerenja, iako je poznato da je suočavanje dinamički proces, pa bi stoga bilo bolje pratiti percepciju stresa u određenim vremenskim razmacima, a pri tome bi se uz opći doživljaj stresa mogli uključiti i neki specifični stresori povezani s trudnoćom.

Zaključno, ovo istraživanje je pokazalo da su anksioznost kao osobina ličnosti, dob, komplikacije u trudnoći te razina percipiranog stresa značajni prediktori anksioznosti. Budući da se pretporodajna anksioznost javlja s relativno visokom učestalošću te predstavlja jedan od ključnih prediktora za razvoj poslijeporodajnih poremećaja raspoloženja, a uz to može utjecati na raniji porođaj i na djetetov razvoj, treba je shvatiti ozbiljno te dijagnosticirati i tretirati kroz različite intervencijske postupke što ranije tijekom trudnoće. Da bi se postigao uspjeh u smanjenju anksioznosti, trudnicama treba pomoći da smanje doživljaj stresa, putem npr. usmjeravanja na prednosti koje trudnoća donosi i njezino prihvatanje. S obzirom na nalaz da anksioznije trudnice manje koriste na problem usmjereno suočavanje, trudnice bi također trebalo educirati kako da aktivnije pristupe problemima.

LITERATURA

- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 85, 937-944.

- Austin, M.P., Hadzi-Pavlovic, D., Leader, L., Saint, K., Parker, G. (2005). Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament. *Early Human Development*, 81, 183–190.
- Austin, M.P., Tully, L., Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 101, 169–174.
- Bar-Tal, Y., Spitzer, A. (1994). Coping use versus effectiveness as moderating the stress-strain relationship. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 4, 91–100.
- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50, 275–285.
- Besser, A., Priel, B. (2003). Trait vulnerability and coping strategies in the transition to motherhood. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 22, 57–72.
- Blalock, J.A., Joiner, T.E. (2000). Interaction of Cognitive Avoidance Coping and Stress in Predicting Depression/Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 47–65.
- Breslau, N., Schultz, L., Peterson, E. (1995). Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatry Research*, 58, 1–12.
- Carver, S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health And Social Behavior*, 24, 385–396.
- Davis, E.P., Snidman, N., Wadhwa, P.D., Glynn, L.M. Schetter, C.D., Sandman, C.A. (2004). Prenatal Maternal Anxiety and Depression Predict Negative Behavioral Reactivity in Infancy. *Infancy*, 6, 319–331.
- DiPietro, J.A., Costigan, K.A., Gurewitsch, E.D. (2003). Fetal response to induced maternal stress. *Early Human Development*, 74, 125–138.
- DiPietro, J.A., Hawkins, M., Hilton, S.C., Costigan, K.A., Pressman, E.K. (2002). Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Developmental Psychology*, 38, 659–668.
- Endler, N.S. (1997). Stress, Anxiety and Coping: The Multidimensional Interaction Model. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 38, 136–153.
- Glynn, L.M., Schetter, C.D., Hobel, C.J., Sandman, C.A. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychology*, 27, 43–51.
- Grant, K.A., McMahon, C., Austin, M.P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 101–111.
- Gurung, R.A., Dunkel-Schetter, C., Collins, N., Rini, C., Hobel, C.J. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 497–519.
- Hamilton, J.G., Lobel, M. (2008). Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29, 97–104.
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 8, 65–73.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.

- Honey, K.L., Bennett, P., Morgan, M. (2003). Predicting postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76, 201-210.
- Hudek-Knežević, J., Kardum, I. (2006). *Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja: Stres i tjelesno zdravlje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hudek-Knežević, J., Kardum, I., Lesić, R. (1999). Efekti percipiranog stresa i stilova suočavanja na tjelesne simptome. *Društvena istraživanja*, 8, 543-561.
- Hudek-Knežević, J., Kardum, I., Vukmirović, Ž. (1993). The Structure of Coping Styles: a Comparative Study of Croatian Sample. *European Journal of Personality*, 13, 149-161.
- Hudek-Knežević, J., Krapić, N., Kardum, I. (2006). Burnout in dispositional context: The role of personality traits, social support and coping styles. *Review of Psychology*, 13, 65-73.
- Huizink, A.C., De Medina, P.R., Mulder, E.J.H., Visser, G.H.A., Buitelaar, J.K. (2002). Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1078-1085.
- Johnson, M.P., Baker, S.R. (2004). Implications of coping repertoire as predictors of men's stress, anxiety and depression following pregnancy, childbirth and miscarriage: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25, 87-98.
- Lacković-Grgin, K. (2000). *Stres u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (2004). *Stres, procjena i suočavanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., Kavanagh, D.J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74, 139-47.
- O'Hara, M.W., Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Parker, G., Wilhelm, K., Ashgari, A. (1997). Early onset depression: the relevance of anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 30-37.
- Parker, G., Wilhelm, K., Mitchell, P., Austin, M.P., Roussos, J., Gladstone, G. (1999). The influence of anxiety as a risk to early onset major depression. *Journal of Affective Disorders*, 52, 11-17.
- Radat, F., Mekies, C., Géraud, C., Valade, D., Vivès, E., Lucas, C. i sur. (2008). Anxiety, stress and coping behaviours in primary care migraine patients: results of the SMILE study. *Cephalalgia*, 28, 1115-1125.
- Radecki Breitkopf, C., Primeau, L.A., Levine, R.E., Olson, G.L., Wu, Z.H., Berenson, A.B. (2006). Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27, 157-162.
- Ross, L.E., Gilbert Evans, S.E., Sellers, E.M., Romach, M.K. (2003). Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives Of Women's Mental Health*, 6, 51-57.
- Ross, L.E., Sellers, E.M., Gilbert Evans, S.E., Romach, M.K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 457-466.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., Jacobs, G.A. (2000). *Priručnik za Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

- Sutter-Dallay, A.L., Giaconne-Marcusche, V., Glatigny-Dallay, E., Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry*, 19, 459–463.
- van Bussel, J.C.H., Spitz, B., Demyttenaere, K. (2009). Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *Journal of Affective Disorders*, 114, 232–242.
- Veddovi, M., Kenny, D. T., Gibson, F., Bowen, J. i Starte, D. (2001). The relationship between depressive symptoms following premature birth, mothers' coping style, and knowledge of infant development. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19(4), 313-323.
- Vulić-Prtorić, A. (2007). *Depresivnost u djece i adolescenata* (2. izdanje). Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Werner, E.A., Myers, M.M., Fifer, W.P., Cheng, B., Fang, Y., Allen, R. i sur. (2007). Prenatal predictors of infant temperament. *Developmental Psychobiology*, 49, 474–484.
- Yali, A.M. i Lobel, M. (2002). Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety, Stress and Coping*, 15, 289-309.

THE ROLE OF PERCEIVED STRESS AND COPING STYLES IN DEVELOPMENT OF PRENATAL ANXIETY

Summary

Previous studies have shown that prenatal anxiety could represent a risk factor for postpartum affective disorders and could also negatively affect fetal development. The aim of this study was to examine the role of perceived stress and coping styles in the development of prenatal anxiety. The sample consisted of 149 pregnant women in their last trimester of pregnancy. They filled out The Perceived Stress Scale, STAI, the revised version of COPE and the demographic information form. The regression analysis has shown that trait anxiety, age, complications during pregnancy and the level of perceived stress were the significant predictors of state anxiety. Considering the higher risk for postpartum depression in pregnant women with high anxiety levels and possible negative effects for the child, the importance of adequate intervention programs during pregnancy is emphasized.

Key words: prenatal anxiety, perceived stress, coping styles, pregnancy

